UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE

ANNÉE 1963 Nº 8

Contribution à l'étude des Phlébites Brucelliennes du Membre inférieur

THÈSE

Pour le Doctorat en Médecine

présentée et soutenue publiquement en Février 1963

PAR

YVONNE CHARLES

Membres du Jury

MM. GADRAT, *Président.*
ANDRIEU
LAPORTE, JACQUES } *Assesseurs*
DELAUDE
RASCOL, *Suppléant.*

IMPRIMERIE FORESTIE
23, Rue de la République, 23
MONTAUBAN

1963

Contribution à l'étude des Phlébites Brucelliennes du Membre inférieur

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Tableau du Personnel

DOYEN ..... MM. LAZORTHES.

1er ASSESSEUR ..... BLANC.
ASSESSEUR ..... SOREL.

DOYENS HONORAIRES

MM. GORSE, CALVET, LEFEBVRE, BRUSTIER.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. RIBAUT, VALLOIS, NANTA, DUCUING, TAPIE, DELAS, RISER, SOULA.

SECTION MEDECINE

Professeurs

Clinique médicale	MM. MÉRIEL.
Clinique médicale	GADRAT.
Clinique chirurgicale et gynécologie	FABRE, P.
Clinique chirurgicale du cancer	GRIMOUD.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.	VIRENQUE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	BAZEX.
Clinique des maladies de la tuberculose et pathologie interne	MOREL.
Clinique des maladies des voies urinaires ..	LHEZ.
Clinique médicale infantile et puériculture ..	SOREL.
Clinique médicale de la 1re enfance	BARDIER.
Clinique neurologique et psychiâtrique	GÉRAUD.
Clinique obstétricale ..	GUILHEM.
Clinique odonto-stomatologique	CADENAT, H.
Clinique ophtalmologique	CALMETTES,
Clinique ORL et chirurgie maxillo-faciale ..	CALVET.
Clinique rhumatologique.	RUFFIÉ, R.
Clinique traumotologique des membres	RIEUNAU.
Accouchement et obstétricie sociale	PONTONNIER.
Anatomie	LAZORTHES.
Anatomie appliquée ...	POULHES.
Anatomie pathologique .	FABRE, J.
Bactériologie, hygiène et médecine sociale	ANDRIEU.
Chimie biologique	VALLIGUIÉ.
Electro-Radiologie	MARQUÈS.
Embryologie générale ..	BROUSSY, J.
Histologie	BIMES.
Hydrologie thérapeutique et climatologie ..	DARNAUD.
Médecine légale et Médecine du travail ..	PLANQUES.
Médecine sociale	BOUNHOURE.
Parasitologie	BOUISSET.
Pathologie chirurgicale.	DAMBRIN.
Pathologie générale et médecine expérimentale	SENDRAIL.
Physico-Chimie	AUVERGNAT.
Physiologie	LAFORTE, Y.
Physiologie appliquée et pharmacologie	BAISSET.
Physique biologique et médicale	BUGNARD.
Propédeutique médicale.	LAFORTE, J.
Thérapeutique	DARDENNE.

Professeurs à titre personnel

Anatomie générale et comparée	COULOUMA.
Bacteriologie	Mme ENJALBERT.

Professeurs sans Chaire

Biochimie médicale ...	DOUSTE-BLAZY.
Physique médicale	BRU.

Maîtres de Conférences agrégés

Anatomie	BASTIDE.
Anatomie pathologique .	BOUISSOU
Anesthésiologîe	LARÈNG.
Carcinologie	ESTRADE.
Histologie et embryologie	PLANEL.
Médecine Générale	MONNIER.
Oto-Rhino-Laryngologie.	CLAUX.
Parasitologie	RUFFIÉ, J
Pathologie expérimentale	GLEIZES.
Physiologie	MONTASTRUC.
Physiologie	BESSOU.
Physique médicale ...	COMMANAY.

Agrégés

Médecine générale	RIBAUT.
	CALAZEL.
	RASCOL.
Chirurgie générale	ENJALBERT.
	FICAT.
	PASQUIÉ.
	SOUQUET
	SARRAZIN.
Dermatologie et Syphiligraphie	DUPRÉ.
Hydrologie	DENARD.
Médecine légale	GRÈZES-RUEFF
Obstétrique	ESPAGNO, G.
Pneumo-Phtisiologie	DELAUDE.

Agrégés libres

Anatomie	THOMAS.
Ophtalmologie	DÉODATI.
Pathologie chirurgicale.	DIEULAFÉ.

SECTION PHARMACIE

Professeurs

Botanique et cryptogamie	Mme DULUCQ-MAIHOU
Chimie analytique, toxicologie et hygiène industrielle	MM. BOURBON.
Chimie pharmaceutique.	BLANC.
Matière médicale	VINCENT.
Pharmacie chimique et pharmacodynamie ...	CAUJOLLE.
Pharmacie galénique ..	STANISLAS.
Zoologie	MM. ROUX.

Professeurs à titre personnel

Pharmacie	COUTURIER

Professeurs sans Chaire

Sciences naturelles	Mme CAUJOLLE.

Maîtres de Conférences agrégés

Microbiologie	BREUILLAUD.
Sciences Physiques	PITEI.
Toxicologie	BROUSSY, G.

PERSONNEL ADMINISTRATIF

Secrétaire principal ..	ROCHE.
Secrétaire	BERRUI.

La Faculté déclare n'être pas responsable des opinions émises par les candidats
(Délibération en date du 12 Mai 1891)

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE

ANNÉE 1963 N° 8

Contribution à l'étude des Phlébites Brucelliennes du Membre inférieur

THÈSE

Pour le Doctorat en Médecine

présentée et soutenue publiquement en Février 1963

PAR

YVONNE CHARLES

Membres du Jury

MM. GADRAT, *Président.*
ANDRIEU
LAPORTE, JACQUES — *Assesseurs*
DELAUDE
RASCOL, *Suppléant.*

IMPRIMERIE FORESTIE
23, Rue de la République, 23
MONTAUBAN

1963

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MA SŒUR

A MES MAITRES

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE TOULOUSE

A MES CONDISCIPLES

A MES AMIS

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. GADRAT

Professeur de Clinique Médicale

Medecin des Hôpitaux

Chevalier de la Légion d'Honneur

Nous vous remercions de nous avoir inspiré ce travail et d'avoir accepté la présidence de notre Jury de Thèse.

Nous vous exprimons notre profonde gratitude pour l'enseignement que vous nous avez donné.

Nous vous prions de croire à nos sentiments respectueux.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41546522_0026

INTRODUCTION

Les Brucelloses sont des maladies infectieuses, virulentes, inoculables, communes à l'homme et à différentes espèces animales, et dues au développement dans l'organisme de germes spécifiques, appartenant au genre Brucella.

Les Brucelloses revêtent une grande importance par leur fréquence, tant

— aux Etats-Unis où chaque année 30.000 à 40.000 cas annuels sont déclarés;

— au reste des Amériques où près de 100.000 cas annuels sont déclarés;

— qu'en France où l'on estime à 9.000 le nombre réel des cas annuels, et où, bien que localisée dans certaines régions, la maladie ne laisse pratiquement indemne aucun département.

Au point de vue bactériologique, *on distingue essentiellement trois espèces dans le genre Brucella :*

— Brucella Melitensis.

— Brucella Abortus, variété Bovis.

— Brucella Abortus, variété Suis.

La dernière n'ayant quasiment jamais été retrouvée dans la maladie humaine en France.

Seules. les cultures en milieux sélectionnés, permettent de distinguer les différentes variétés de Brucella.

Par ailleurs, il n'existe pas de spécifité de terrain : la virulence d'une espèce peut lui permettre d'infecter un grand nombre d'espèces animales (Brucella Melitensis infectant un bovin par exemple).

Le tableau clinique *réalisé par les Brucelloses n'est pas univoque, tant s'en faut; bien au contraire, il semble avoir considérablement évolué.*

— Dans le temps, les aspects actuels ne répondent guère à ceux d'il y a 20 ou 40 ans.

— D'un pays à l'autre, voire même d'une région de France (Midi) à une autre (Est). Et l'on peut décrire alors :

— La forme classique aiguë, ou « Fièvre ondulante suduro-algique ».

— Les formes subaiguës polyviscérales malignes.

— Et surtout les Brucelloses chroniques dont le tableau est réalisé :

= *soit comme celui d'une maladie chronique d'emblée à la suite d'une maladie occulte ou méconnue;*

= *soit après une brucellose aiguë, par évolution d'une seule tenue vers la chronicité, ou après un intervalle de temps libre, parfois très long.*

On insiste actuellement sur la particulière fréquence de ces formes chroniques; elles sont dominées par une détermination locale très variable, associée à une atteinte plus ou moins grave de l'état général.

— Enfin, comme toutes les maladies infectieuses, les Brucelloses peuvent réaliser des formes gravissimes, mais aussi des formes ambulatoires, des formes inapparentes. Quoi qu'il en soit, dans les formes aiguës ou chroniques, il n'est pas un organe qui n'ait échappé à l'infection brucellienne et l'on a pu décrire :

— Des atteintes ostéo-articulaires,

— Neuro-méningées,

— *Encéphaliques,*

— *Viscérales, génitales, hépatiques, et enfin cardio-vasculaires.*

Celles-ci verraient dans certaines régions leur fréquence augmenter à un tel point que l'on a voulu « inclure la Brucellose dans la nomenclature des maladies cardio-vasculaires » (Maldonado et Allende) (23). — *Toutes ces manifestations peuvent :*

— *Soit accompagner une Brucellose aiguë typique où les différents appareils sont toujours atteints, peu ou prou;*

— *Soit être isolées, en particulier dans les Brucelloses chroniques où elles sont les seules manifestations de la maladie, posant alors de difficiles problèmes de diagnostic.*

Pour ce qui nous intéresse ici, les manifestations cardio-vasculaires des Brucelloses sont connues depuis longtemps. On insistait surtout sur les atteintes cardiaques: endocardites, myocardites, mais aussi manifestations artérielles de caractères variables. Les phlébites, quant à elles, apparaissent presque exceptionnelles.

C'est le but de cette étude de rassembler les cas de phlébite que nous avons pu trouver dans la littérature, à l'occasion d'un cas observé dans le service de notre Maitre, le Professeur GADRAT.

CHAPITRE PREMIER

OBSERVATIONS RECUEILLIES DANS LA LITTÉRATURE

Nous avons trouvé dans la littérature que nous avons pu consulter, neuf cas de phlébite brucellienne des membres inférieurs.

Voici les cas que nous avons relevés.

OBSERVATION N° 1

(DESBACH : « Tunisie Médicale » - Novembre 1931) - (11)

S. C... - Femme âgée de 25 ans, domestique.

Début des troubles il y a deux mois, par un frisson intense avec fièvre élevée qui se maintient en plateau.

Un séro-diagnostic fait le 23 Juin 1931 est positif au 1/200e

La malade entre dans le service le 29 Juin. — L'examen montre :

— Pâleur.
— Dyspnée légère.
— Pouls : 136.
— Pas de splénomégalie, ni d'hépatomégalie.

Le 29 Juin, soit deux mois après le début de la maladie, la malade présente une phlébite du membre inférieur gauche avec douleur spontanée du triangle de Scarpa. Œdème généralisé du membre : la racine du membre est augmentée de 3 cm. environ. Les suites sont celles d'une phlébite ordinaire, et l'amélioration suit de près la courbe thermique.

Vingt-et-un jours après son admission, nouvel accès fébrile de type ondulant qui dure dix-huit jours, et qui ne modifie en rien l'amélioration régulière de la phlébite.

La malade se lève un mois après l'accident initial; son membre ne présente qu'un cm. de différence avec le côté opposé.

Dans les suites immédiates, on note un œdème et une cyanose survenant à la marche, localisée au pied et à la jambe.

La malade sort de l'hôpital le 13 Août 1931, et, revue plusieurs fois depuis, elle semble guérie de sa complication.

OBSERVATION N° 2

(RUGGIERO & SPEZZAFUMO : « Tunisie Médicale »
Décembre 1932) - (37)

X... - Homme âgé de 54 ans, mineur.

Entre dans le service le 7 Mai 1932.

Début des troubles le 2 Avril 1932 (soit trente-six jours plus tôt). Fièvre élevée.

Un séro-diagnostic et une hémoculture pratiqués le 9 Mai sont négatifs.

Foie gros et douloureux.

D'une formule sanguine faite à ce moment-là, l'auteur donne les résultats suivants :

Numération :	globules blancs	8.000
	globules rouges	5.160.000
Formule :	Polynucléaires neutrophiles	53%
	Polynucléaires eosinophiles	1%
	Lymphocytes	18%

Une intradermo-réaction à la mélitine est **positive**.

Le 6 Juin, apparition d'une phlébite de la jambe droite, avec :

— douleurs spontanées augmentées à la pression,
— œdème,
— chaleur,
— cordon veineux douloureux, le long de la saphène externe.

Mensurations : Jambe droite : 35 cm.
Jambe gauche : 25 cm.

Le 14 Juin 1932, nouvelle phlébite du côté opposé.

Le pourtour de la jambe gauche passe de 25 cm. à 29 cm., soit 4 cm. de différence.

Le malade est toujours fébrile.

La phlébite évolue de son côté et, le 24 Juin, les deux phlébites ont presque disparu.

Le 13 Juillet, le malade quitte le service, dans un état sub-fébrile.

Cependant, un mois après, il n'a plus de fièvre et ne présente aucune séquelle de ses complications phlébitiques.

OBSERVATION N° 3

(ROGER & AUDIER : « Gazette des Hôpitaux » - 1er Mai 1935) (36)

M. L... - Homme âgé de 27 ans, Employé du P. L. M.

Début des troubles en Mai 1927, par :

— des sueurs profuses,

— de violentes douleurs cervicales avec torticolis et fièvre.

Il est obligé de s'aliter le 8 Mai.

La température se maintient pendant deux jours à 40°, descend à 37,4 pour osciller ensuite de façon anarchique entre 38,5 et 40°.

Le 7 Juin, soit un mois après le début clinique, chute thermique pendant 10 jours.

Le 17 Juin, reprise de la fièvre.

C'est alors, durant cette seconde période fébrile, qu'une hémoculture est faite : positive pour le mélitensis.

Un séro-diagnostic de WRIGHT est positif au 1/100e.

Début Août, soit près de trois mois après le début des troubles, apparaît une phlébite du membre inférieur gauche avec :

— Œdème considérable.

— Sans aucun phénomène douloureux.

— Sans aucune reprise thermique.

L'œdème persiste un temps non précisé. Il a tendance à se recouvrir de pétéchies et de pigmentation à la partie inférieure de la jambe.

Il n'y a pas eu d'autres complications.

Le malade a repris ses occupations le 1er Novembre, mais consulte à nouveau le 29 Janvier pour une considérable augmentation de l'œdème résiduel.

L'œdème est localisé au mollet (plus de 8 centimètres que le côté opposé).

Le pied et la cuisse sont peu infiltrés (plus de 3 centimètres).

Il existe une tuméfaction de consistance osseuse au-dessus de l'articulation tibio-tarsienne gauche. La radio montre une exostose du péroné que l'auteur rapporte à des troubles trophiques, consécutifs à la phlegmatia.

Les suites éloignées ne sont pas précisées par l'auteur.

OBSERVATION N° 4

(ROGER & AUDIER : « Gazette des Hôpitaux » - 1er Mai 1935) (36)

Ca... — Homme de 39 ans.

Début des troubles en Mai 1929, avec :

— sueurs profuses,
— céphalée intense,
— fièvre prolongée et d'aspect ondulant.

On fait alors un séro-diagnostic qui est positif au 1/200e pour le melitensis.

Une phlébite du membre inférieur gauche apparaît 2 mois après le début clinique de l'affection. Elle est caractérisée par :

— douleurs peu intenses,
— œdème considérable.

Cette phlébite a duré 45 jours.

Pendant ce temps, la fièvre de Malte a évolué comme avant l'apparition de la complication, c'est-à-dire par périodes entrecoupées de quelques jours d'apyrexie, et a duré six mois.

Un œdème vespéral persista après guérison de la phlébite.

Puis cet œdème devint permanent et considérable.

Le tiers inférieur de la jambe fut le siège d'une pigmentation puis d'un eczéma variqueux.

Bientôt il apparut des ulcères variqueux.

Après un traitement thermal à Aix-en-Provence, l'œdème a diminué fortement et les ulcères ont guéri.

L'auteur ne précise pas s'il y eut des séquelles définitives à cette phlébite.

OBSERVATION N° 5

(ROGER & AUDIER : « Gazette des Hôpitaux » - 1er Mai 1935) (36)

X... - Homme de 63 ans, agriculteur.

Malade du Docteur ESCARRAS.
Début des troubles le 20 Septembre 1934, par une lassitude.
Le 5 Octobre 1934, début de la phlébite du membre inférieur droit :

— Douleur assez vive dans la cuisse droite.
— Impotence fonctionnelle.
— Œdème considérable.

Les signes généraux se limitent à une température à 38°5 et à des sueurs abondantes.

Le 30 Octobre, il se produit une embolie pulmonaire avec un point de côté intense à la base de l'hémi-thorax gauche avec dyspnée intense.

L'examen montre une submatité et un foyer de râles fins.

Cet accident est accompagné de crachats hémoptoïques le troisième jour et d'une température à 39°.

Trois jours après, les symptômes pulmonaires ont disparu; la phlébite est en voie de régression, mais la fièvre persiste.

Un examen plus approfondi met en évidence une splénomégalie et une hépatomégalie.

Le 8 Novembre, un séro-diagnostic fut nettement positif.

Le traitement à la gonacrine fait baisser et disparaître la fièvre. Les suites de cette phlébite ne sont pas précisées par l'auteur.

OBSERVATION N° 6

(ROGER & AUDIER : « Gazette des Hôpitaux » - 1er Mai 1935) (36)

(Malade de MOLLARD et RIMAUD)

Une phlébite de la jambe droite était apparue le 40e jour de l'évolution d'une mélitococcie grave.

Le début de la phlébite se fit par des signes pulmonaires.

— Violent point de côté à la base droite.

— Foyers de râles fins.

Apparition des signes de phlébite quelques jours après l'accident pulmonaire. C'était une phlébite classique qui devait évoluer normalement.

Par contre, la fièvre de Malte, diagnostiquée sérologiquement, devait donner une atteinte myocarditique sérieuse.

La guérison survint tout de même.

OBSERVATION N° 7

(BAGLEY-MUELLER & WELLS : « J. A. M. A. », 1936 - 107 - 1125) (5)

X... - Homme de 46 ans, travailleur urbain.

Débuts des troubles par une asthénie et des sueurs profuses.

Après un temps non déterminé, le malade est examiné; il présente :

— Température : 101°6 F. = 38°7 centigrades.

— Pouls : 80.

Numération :	Globules rouges	3.930.000
	Globules blancs	5.500
Formule :	Polynucléaires Neutrophiles	59%
	Polynucléaires Basophiles	1%
	Lymphocytes	40%

— Le séro-diagnostic est positif au 1/300e, puis au 1/1300e.

L'hémoculture est positive pour Brucella abortus bovis.

Pendant son séjour à l'hôpital, le malade demeurait fébrile et présentait des sueurs très abondantes.

Le 25e jour de son hospitalisation, il présenta une phlébite du membre inférieur gauche.

A 9 h. 25, il fut pris brutalement d'une violente douleur dans la jambe gauche, suivie rapidement d'une douleur précordiale avec dyspnée et angoisse.

Malgré les stimulants, l'oxygénothérapie, et la respiration artificielle, il meurt à 9 h. 45.

EXAMEN NECROPSIQUE.

a) — Examen macroscopique.

Un caillot anté-mortem de 8 cm. a été trouvé plongeant dans l'artère pulmonaire gauche, et quelques fragments du même caillot se trouvaient dans l'artère pulmonaire droite. Dans la veine fémorale gauche, on a trouvé les restes d'un thrombus.

b) — Examen microscopique.

L'embol montre la structure classique d'un thrombus anté-mortem.

Un processus inflammatoire ou toxique était évident sur tous les organes internes.

Les deux poumons étaient congestionnés de façon diffuse.

Le foie présentait des neutrophiles infiltrant d'une façon diffuse des sinusoïdes.

La rate et les reins sont aussi le siège de phénomènes inflammatoires.

A travers le corps entier, aucun processus inflammatoire localisé n'a pu être mis en évidence.

OBSERVATION N° 8

(HARRIS : « Brucellosis ») (16)

X... - Femme de 30 ans.

Début des troubles par une phlébite au niveau de la jambe.

— Douleurs dans tout le mollet.

Une semaine plus tard, la rougeur des veines intéressées s'étend à la peau saine.

Quelques jours après, une nouvelle phlébite débute du côté opposé.

L'évolution a duré un mois avec fièvre légère.

Le séro-diagnostic pratiqué s'est révélé positif.

A la suite d'une première injection intra-musculaire de vaccin de Brucella Abortus, le processus a regressé 24 heures et a disparu complètement en quatre jours.

L'auteur ne mentionne pas de séquelles.

OBSERVATION N° 9

(HARRIS : « Brucellosis ») (16)

X... - Femme de 52 ans.

Présente dans ses antécédents une phlébite constatée dix ans avant la maladie actuelle. — Cette phlébite a laissé des séquelles consistant dans un œdème considérable, qui oblige la malade à porter un bas orthopédique.

Dix ans après cette phlébite, elle présente une maladie aiguë accompagnée de :

— fièvre,
— prostration,
— malaises,
— éruption cutanée diffuse des jambes et de la fesse.

Cette éruption ressemble par endroits à un érysipèle et, à d'autres, à un érythème noueux.

On pose pour cette maladie le diagnostic de Brucellose, et elle subit un traitement par vaccino-thérapie anti-brucellienne.

Sous l'effet de ce traitement, on constate un double résultat :

— Les troubles généraux et l'éruption cutanée disparaissent.

— De plus, l'œdème, séquelle de sa phlébite ancienne de dix ans, diminue de façon très considérable. Il persiste dans la partie inférieure de la jambe, mais la malade peut se passer de son bas orthopédique.

Il apparaît donc à l'auteur que les séquelles de la phlébite ancienne, et la brucellose contractée dix ans plus tard, ont été guéries par un traitement antibrucellien spécifique. Il semble donc que l'agent étiologique de la phlébite et de la brucellose ait été un même germe : une brucella.

CHAPITRE II

OBSERVATION DU SERVICE DE M. LE PROFESSEUR GADRAT

C... Jean, âgé de 38 ans, agriculteur à Cazabet, près de Saint-Girons (Ariège).

A été hospitalisé le 27 Janvier 1962 dans le Service du Professeur GADRAT, présentant des phénomènes phlébitiques du membre inférieur gauche.

Le malade présentait des antécédents de comitialité qui avaient justifié une exemption du service militaire.

La maladie actuelle a débuté progressivement.

Vers le 15 Novembre, le malade se plaint de douleurs vives au niveau du mollet gauche, douleurs apparaissant le matin, et disparaissant dans la journée. Ces phénomènes douloureux se produisent deux jours consécutifs, puis disparaissent.

Le 4 Décembre 1961, le malade accuse au réveil une douleur siégeant dans la région sacro-iliaque et lombaire, et irradiant vers la face postérieure de la cuisse gauche, jusqu'à l'extrémité du membre inférieur gauche.

Les jours suivants, la douleur a cédé un peu, mais demeure vive au niveau du mollet gauche.

Alité trois jours, le malade reprend ses occupations, mais la douleur du mollet gauche s'accentue et on remarque à ce moment une augmentation de volume du membre, de la cheville au genou.

Le malade ne prend pas sa température.

Le 20 Janvier 1962, la douleur s'étend vers le creux poplité et la face interne de la jambe gauche.

C'est dans les jours qui suivent que son Médecin le fait hospitaliser.

Il entre à l'Hôpital le 27 Janvier 1962; la température est à 37°2.

L'interrogatoire montre une possibilité de contage brucellien par la profession du malade (Agriculteur-Eleveur), et par un cas de brucellose dans le voisinage.

Il ne présente pas d'asthénie, ni d'amaigrissement, mais quelques sueurs nocturnes.

L'examen local montre un membre inférieur gauche légèrement augmenté de volume.

La chaleur locale du mollet est légèrement augmentée et une mensuration comparative montre que le pourtour du mollet gauche mesure 1 cm. 5 de plus que celui du mollet droit.

Par ailleurs, les téguments sont de coloration normale; il n'existe pas de douleur à la pression des masses musculaires, ni à la dorsiflexion du pied. On ne trouve pas de cordon veineux douloureux.

L'examen général ne montre rien d'anormal, si ce n'est des douleurs spontanées au niveau des articulations sacro-iliaques et une aire splénique augmentée.

Etant donné la possibilité de contamination brucellienne, on a pratiqué chez ce malade une intra-dermo-réaction à la mélitine, qui a été franchement positive.

En outre, les examens complémentaires suivants ont été pratiqués :

Séro-diagnostic :	Huddleson positif.	
	Lisbonne douteux (Agglutination positive au 1/80e).	
Hémogramme :	Globules rouges	3.000.000
	Globules blancs	7.000
Urée		0,33
VS		7 m/m.
		26 m/m.

Polynucléaires neutrophiles	73%
Polynucléaires eosinophiles	6%
Mononucléaires	2%
Lymphocytes	14%
Monocytes	5%

Bilan d'Hémostase :

Taux de Prothrombine	100%
Temps de Howell	2'45
Temps de résistance à l'Heparine	9'

Le malade a été soumis à un traitement par la streptomycine : 1 gr. par jour, et la tétracycline : 3 gr. par jour.

La thérapeutique a déclanché d'emblée une augmentation très notable de la température (39°8), élément en faveur de l'étiologie brucellienne. — Secondairement, la température est revenue à la normale.

Au cours de la maladie, les mensurations comparatives ont été les suivantes :

	7-2-1962		14-2-1962		5-3-1962	
CUISSE	DR.	G.	DR.	G.	DR.	G.
à 20 cm. de la base de la rotule	46,5	48	46,5	48	46	46,5
Différence	+ 1,5		1,5		0,5	
à 28 cm. de la base de la rotule	49	51	49	52	50	50
Différence	+ 2		3		0	
JAMBE						
à 15 cm. de la base de la rotule	32	34	32	34	33	34
Différence	+ 2		2		1	
à 34 cm. de la base de la rotule	20	21	20	21	21	21
Différence	+ 1		1		0	

EVOLUTION DE LA MALADIE

La chaleur locale au niveau du mollet, observée à l'entrée, a augmenté, alors que les mensurations comparatives ne montrent pas de modification dans la différence de volume des deux membres.

Le 6 Février, le malade se plaint d'une douleur au niveau de la face interne de la cuisse gauche.

Cette douleur est sourde, continue, à type de crampe, et elle est augmentée par la palpation profonde et la mobilisation du membre.

Le volume de la cuisse est augmenté.

Après un traitement antibrucellien d'abord (streptomycine plus tétracycline), auquel on ajoute ensuite une thérapeutique anticoagulante (tromexane), l'œdème a diminué, et les manifestations fonctionnelles ont disparu. Ce traitement a été complété par trois injections de vaccin par voie sous-cutanée : 1/4 ml. — 1/3 ml. — 1/2 ml. (on s'est abstenu de vaccinothérapie intraveineuse, en raison des antécédents comitiaux).

Nous sommes allé revoir ce malade à son domicile, le 10 Octobre 1962, soit environ huit mois après sa sortie de l'hôpital; il présente d'indiscutables séquelles de sa phlébite :

La douleur est minime, mais la jambe présente un œdème notable qu'accentue, nous précise-t-il, la station debout.

Les mensurations sont les suivantes :

	Droite	Gauche
Cheville	20 cm. 5	22 cm. 5
1/3 inf. de la jambe	28 cm. 5	32 cm.
1/3 sup. de la jambe	29 cm.	31 cm.
Cuisse	36 cm.	36 cm.

Cet œdème est mou, prend le godet; il n'y a pas de cordon veineux douloureux ; la coloration des téguments est normale.

Le malade ne présente aucun signe d'ordre général.

CHAPITRE III

SYMPTOMATOLOGIE DE LA PHLÉBITE MÉLITOCOCCIQUE

Nous pouvons constater que ces différents cas de phlébite ont en commun un certain nombre de caractères. Par contre, il est difficile d'établir une relation entre d'autres points.

1° La *PHLÉBITE* au cours des brucelloses semble être une une complication assez exceptionnelle. Une enquête dans les BASSES-ALPES et l'ARDÈCHE permet de confirmer la rareté des localisations veineuses de la mélitococcie.

Le Docteur Julien de Joyeuse en a rencontré un cas sur 380 cas de mélitococcie, et le Docteur Escarras, de Castellane : 1 cas sur 250 (Roger et Audier) (36).

En recherchant dans la littérature les cas de phlébite brucellienne des membres inférieurs publiés, nous n'avons pu en trouver que 9 cas. Il semble, par contre, que les autres atteintes cardiovasculaires, qu'elles soient endocarditiques ou artérielles, sont plus fréquentes au cours des brucelloses.

L'âge des malades est variable.

Dans l'Observation N° 1, le sujet a 25 ans, alors que dans celle N° 5, il a 63 ans. — Cependant, la moyenne des âges se situe autour de 35 à 40 ans. Etant donné l'étalement important des âges des malades, il est difficile de trouver là un facteur prédisposant à une complication phlébitique.

On peut remarquer que les cas de phlébite que nous avons relevés sont survenus six fois chez des hommes, et seulement trois fois chez des femmes.

Cette complication serait-elle un peu plus fréquente chez les hommes que chez les femmes ? Il est impossible de le dire sur si peu de cas, surtout si l'on se souvient que la Brucellose atteint plus souvent l'homme que la femme, l'homme étant plus souvent que la femme exposé à la contagion.

2° *DATE D'APPARITION.*

La *date d'apparition* de cette phlébite est à établir.

Dans notre observation et dans deux cas, l'atteinte veineuse a été le premier signe de la mélitococcie.

Dans l'Observation N° 9, elle semble avoir été le seul signe.

Mais dans la plupart des autres cas, la phlébite du membre inférieur est survenue dans le cours de l'évolution d'une mélitococcie déjà connue et prouvée biologiquement.

— Dans les *Observations N^os 1, 2, 4 :* apparition au deuxième mois.

— *Observation N° 3 :* apparition au troisième mois.

— *Observation N° 6 :* apparition après quarante jours seulement de maladie.

Il semble donc, qu'en général la phlébite apparaisse assez tardivement, après environ deux mois d'évolution, c'est-à-dire pendant la pleine période d'état. Cependant, elle peut être la première manifestation clinique d'une mélitococcie ignorée; c'est précisément là le cas de notre malade.

3° *SYMPTOMATOLOGIE.*

La *Symptomatologie* des phlébites brucelliennes que nous avons retenues semble voisine de la symptomatologie des atteintes veineuses banales. Avec une intensité variable, on y retrouve les différents signes des phlébites classiques.

L'atteinte phlébitique de la brucellose paraît siéger plus volontiers sur la jambe, que sur la cuisse. On trouve seulement

dans les Observations N[os] 1 et 5 une extension à la cuisse. Il en est de même pour notre observation où la phlébite a atteint secondairement la cuisse.

La phlébite est restée localisée à la jambe, dans le cas des Observations N[os] 2, 3, 4, 6, 7, 8 et 9.

Le côté atteint est indifféremment le gauche ou le droit.

Il est intéressant de remarquer que dans deux cas (N[os] 2 et 8) il y a une phlébite à bascule, avec une atteinte veineuse de deux jambes successivement.

— *L'œdème* est en général important. Il est qualifié de « considérable » dans les Observations N[os] 3, 4 et 5, par les auteurs.

— Dans l'Observation N° 2, l'augmentation du pourtour de la jambe *droite* atteint 10 cm., alors qu'elle est de 4 cm. pour la jambe *gauche*, et de 3 cm. dans l'Observation N° 1.

— Dans notre Observation elle a été notable, puisque la différence des deux cuisses a atteint 3 cm. et celle des deux jambes: 2 cm. au maximum de l'évolution. L'œdème s'est installé progressivement, pour atteindre son volume le plus important deux semaines après l'hospitalisation.

— Dans l'Observation N° 7, l'évolution fatale a été si rapide que l'œdème n'a pas eu le temps de se développer.

— *La douleur*, au contraire, est un élément beaucoup moins constant; elle existe en général, mais elle est modérée dans la plupart des cas. Dans l'Observation N° 5, la douleur est assez vive, mais elle est nulle dans l'Observation N° 3. L'élément douloureux semble donc être peu marqué dans les phlébites mélitococciques.

— *La durée* de la phlébite brucellienne semble être banale.

Dans les observations que nous avons recueillies, elle dure en moyenne un mois, avec une durée minima de 20 jours dans l'Observation N° 2, et une durée maxima de 45 jours dans l'Observation N° 4. Il est vrai que dans un certain nombre d'obser-

vations, la phlébite a évolué pendant un temps non précisé. (Obs. N^{os} 4, 5, 6 et 9).

Dans notre observation, la phlébite semble avoir débuté dans les les premiers jours du mois de Décembre, pour se terminer au début du mois de Mars, ce qui porte à trois mois la durée de l'accident veineux.

Dans chaque cas, la thrombose veineuse semble avoir évolué pour son propre compte. L'atteinte mélitococcique a été plus ou moins violente, et plus ou moins longue, selon les cas; alors que la phlébite a toujours revêtu un aspect banal, et a évolué sans être influencée par les reprises thermiques de la maladie.

1° *ASPECT EVOLUTIF.*

L'*aspect évolutif* des phlébites brucelliennes que nous avons trouvé dans la littérature est assez polymorphe.

Un certain nombre guérissent sans séquelles. C'est le cas des Observations N^{os} 2, 5, 6 et 8.

On peut remarquer qu'il n'y a pas eu de récidive de la phlébite du membre déjà atteint. Cependant, il est intéressant de noter deux cas de récidive à bascule (N^{os} 2 et 8). Le membre opposé est atteint quelques jours après le membre atteint le premier.

Dans les deux cas, la mélitococcie ne paraissait pas particulièrement sévère. La seconde phlébite d'ailleurs a guéri rapidement, dans un cas comme dans l'autre, et on peut noter qu'il n'y a pas eu de séquelle, ni de complication dans aucune de ces observations de « phlébite à bascule ».

Si dans la moitié des cas que nous avons relevés la phlébite a bien guéri, il demeure que des *séquelles* ont persisté assez souvent. Ces séquelles sont assez variées. C'est souvent un œdème permanent, ou survenant à la marche; ce sont aussi des troubles cutanés, ou quelques douleurs. Ces séquelles ont persisté un temps très variable.

— Dans l'Observation N° 1, on note un œdème et une cyanose survenant à la marche dans les suites immédiates, mais

ces troubles disparaissent rapidement. Par contre, dans l'Observation N° 3, il y a un œdème résiduel important.

— Dans l'Observation N° 4, il existe aussi des séquelles importantes. Il persiste un œdème considérable qui, par la suite, se pigmente, puis devient le siège d'un eczéma variqueux. apparaissent ensuite des ulcères variqueux dont seul un traitement thermal amènera la guérison.

— Dans l'Observation N° 9, la malade présente un œdème considérable. Cependant, cet œdème, qui a duré dix ans, n'a pas constitué une séquelle définitive, puisqu'il a disparu après un traitement anti-Brucellien.

— Dans notre Observation, un œdème assez consiérable a persisté. Plusieurs mois après la fin clinique de la brucellose, le malade présente une augmentation du volume de sa jambe, qui atteint 4 cm. au niveau du mollet. On n'observe pas de troubles trophiques, ni de pigmentation anormale des téguments. Le malade ne souffre pratiquement pas, mais est très handicapé au point de vue activité professionnelle.

— Il semble résulter que les phlébites mélitococciques présentent des séquelles assez banales. Celles-ci ne paraissent pas plus graves, ni plus fréquentes que dans les autres phlegmatia.

5° *COMPLICATIONS.*

Au cours des phlébites brucelliennes, on peut relever quelques cas de complications emboliques. Sur dix Observations, nous avons relevé trois cas d'embolies (N^{os} 5, 6 et 7), dont un cas où cette complication a entraîné la mort du malade (N° 7).

— Dans l'Observation N° 6, les signes respiratoires d'embolie ont constitué le premier signe de phlébite : celle-ci s'est manifestée, localement, seulement quelques jours après l'accident pulmonaire.

— Par contre, dans les Observations N^{os} 5 et 7, la phlébite était déjà connue lorsque l'embolie se produisit. L'embolie fut bénigne dans deux cas (N^{os} 5 et 6), alors qu'elle provoqua la mort rapide du malade dans l'Observation N° 7. La complica-

tion embolique semble donc ne pas être exceptionnelle dans les phlébites brucelliennes.

Elle peut apparaître à tout moment de l'évolution de cette phlegmatia. La gravité de l'embolie semble analogue à celle des phlébites banales.

— On peut également remarquer que, dans les dix cas que nous connaissons, la phlébite a été neuf fois la seule complication survenue au cours de la Brucellose.

Dans l'Observation N° 6, cependant, la malade a présenté une atteinte myocardique.

Cette atteinte myocardique a été assez grave. C'est le seul cas où la phlébite ait été associée à une autre complication. Il est assez remarquable de constater que cette observation N° 6 compte parmi les trois cas compliqués d'embolie.

DIAGNOSTIC CLINIQUE.

Deux cas peuvent se présenter pour le diagnostic d'une phlébite brucellienne.

Le malade présente une mélitococcie connue et souvent déjà traitée lorsque survient une phlébite.

Celle-ci vient alors se surajouter au tableau déjà existant de la mélitococcie et son étiologie ne pose guère de problèmes.

Dans d'autres cas — c'est ce qui s'est passé pour notre Observation — un sujet apparemment sain présente une phlébite dont on doit rechercher l'origine.

L'origine brucellienne de cette phlébite n'est en général pas soupçonnée. Les caractères cliniques de la phlébite même ne sont pas assez particuliers pour évoquer une brucellose.

Cependant, l'interrogatoire du malade, par exemple, peut retenir l'attention :

Sa profession, qui l'amène à être en contact avec des trou[illegible] ou avec des animaux susceptibles d'être contaminés; ce sera un fermier, un garçon boucher... Un soupçon clinique de

Brucellose naîtra également, si le sujet habite une région d'Endémie Brucellienne.

Cependant, lorsque la phlébite constitue le premier signe de la maladie, elle est en général accompagnée d'un syndrome infectieux subaigü, sans signes caractéristiques.

Le malade présente souvent des sueurs, une asthénie marquée et sa rate est généralement percutable. Ces éléments ne suffisant en aucun cas à poser le diagnostic de phlébite mélitococcique.

Cependant, la constatation de ces symptômes cliniques et un soupçon d'ordre épidémiologique conduisent à rechercher des preuves biologiques.

7° *DIAGNOSTIC BIOLOGIQUE DE LA BRUCELLOSE.*

L'Hémogramme permet d'éliminer certaines maladies infectieuses; il comporte le plus souvent une anémie légère avec leucopénie par granulopénie. Dans les observations que nous avons recueillies, nous pouvons regretter que le résultat de l'hémogramme n'ait été donné que trois fois.

Observation N° 2.

	Globules rouges	5.160.000
	Globules blancs	8.000
Formule :	Polynucléaires neutrophiles	53%
	Polynucléaires éosinophiles	1%
	Lymphocytes	28%

Observation N° 7.

	Globules rouges	3.960.000
	Globules blancs	5.500
Formule :	Polynucléaires neutrophiles	59%
	Polynucléaires basophiles	1%
	Lymphocytes	40%

Notre Observation.

	Globules rouges	3.000.000
	Globules blancs	7.000

Formule :	Polynucléaires neutrophiles	73%
	Polynucléaires éosinophiles	6%
	Lymphocytes	14%
	Mononucléaires	2%
	Monocytes	5%

Les résultats que nous donnent ces hémogrammes faits au cours des phlébites brucelliennes nous montrent la classique anémie brucelienne. La leucopénie est évidente dans les Observations N^{os} 2 et 7. Dans notre Observation, par contre, elle n'existe pas.

De toute façon, les réactions spécifiques doivent être recherchées. Leur qualité et leur valeur présente une hiérarchie indiscutable.

1° *L'HÉMOCULTURE* serait le moyen diagnostic d'une certitude absolue, si elle donnait des résultats plus constants; elle a été pratiquée dans un certain nombre des observations. Cependant, elle n'a été positive que dans deux cas.

Observation N° 3 : Br. MELITENSIS.

Observation N° 7 : Br. ABORTUS BOVIS.

On peut expliquer cette faible proportion de résultats positifs, par le fait que l'hémoculture doit être faite dans certaines conditions pour donner un résultat. Il faut en particulier la pratiquer à un moment favorable : première décade de la maladie, en pleine poussée fébrile, et au moment de l'acmé vespérale. Il se peut que cela n'ait pas toujours été possible aux auteurs, surtout si l'on remarque que la phlébite est apparue dans la majorité des cas, de un à deux mois après le début clinique de la mélitococcie.

2° Le *SÉRO-DIAGNOSTIC* de Wright est l'examen qui a été le plus couramment pratiqué dans les observations que nous avons recueillies.

Le séro-diagnostic n'est pas positif avant le huitième ou le dixième jour et peut se faire attendre plus longtemps. Il aug-

mente son taux de positivité pendant l'évolution de la maladie, et peut persister à un taux notable plusieurs mois après la guérison. Mais il peut aussi rester toujours négatif.

Sur dix cas de phlébites brucelliennes recueillis, huit cas ont eu un séro-diagnostic de WRIGHT positif. Dans l'observation N° 2, le séro-diagnostic a été négatif; dans l'Observation N° 9, l'auteur ne mentionne pas les résultats des examens biologiques.

3° L'*INTRA-DERMO-REACTION* à la mélitine met en évidence l'état allergique du sujet contaminé par une Brucella. Elle atteste d'un contact antérieur avec les brucella, mais ne permet nullement de préciser la date de ce contact, ni l'évolutivité de la maladie.

DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE
SPECIFICITE DE LA PHLEBITE

On peut se demander si la phlébite est due à une localisation veineuse du mélitensis, ou si elle est due à d'autres causes. L'examen nécrospique rapporté dans l'Observation N° 7 ne montre dans la paroi veineuse ou dans le caillot, aucun élément qui permette d'infirmer ou d'affirmer l'origine brucellienne de la phlébite.

Cependant, un certain nombre de faits sont des arguments en faveur de l'étiologie brucellienne des cas de phlébite que nous avons recueillis.

a) Dans chaque cas, on remarquera que la phlébite apparaît en pleine période d'état de Brucellose. Elle est parfois précoce, mais jamais il n'y a d'hiatus entre la période phlébitique et la période mélitococcique.

b) La possibilité d'une atteinte myocardique succédant à une phlébite, au cours d'une mélitococcie confirmée, est aussi un argument en faveur de l'étiologie brucellienne de la phlébite. En effet, les atteintes myocardiques et artérielles des brucelloses sont bien connues. Le fait qu'une atteinte cardiaque succède à une phlébite montre une analogie certaine entre les deux localisations.

c) Enfin, il est un argument qui semble être une preuve irréfutable de cette étiologie, c'est le fait que l'allure clinique de la phlébite soit sensible à l'injection du vaccin anti-mélitococcique.

Dans l'Observation N° 8, les signes cliniques de phlébite se sont violemment intensifiés après une injection de vaccin, puis tous les signes ont disparu en quatre jours, alors que la phlébite durait depuis déjà un mois.

L'Observation N° 9 nous montre aussi la guérison d'une séquelle de phlébite par la vaccinothérapie.

Par contre, dans notre Observation, le traitement antibrucellien semble avoir eu une action notable sur les signes généraux : la température s'est brusquement élevée avant de se normaliser, alors que sa mise en œuvre a peu influencé la phlébite.

On peut considérer que la réponse du processus phlébitique à l'injection de vaccin est spécifique, et y voir une preuve de l'origine mélitococcique de la phlébite.

CHAPITRE IV

TRAITEMENT ET PRONOSTIC

Les Observations que nous avons recueillies sont assez anciennes. Elles ont été publiées avant l'ère des antibiotiques et alors que les anti-coagulants n'existaient pas. La moitié d'entre elles ont fort bien guéri.

Dans chaque cas où l'auteur a signalé que l'on a pratiqué de la vaccinothérapie, la phlébite a guéri sans séquelles. Le cas de notre Observation a été soumis à un traitement anti-brucellien, d'une part, et à un traitement anti-coagulant, d'autre part.

Notre malade a reçu chaque jour 1 gr. de streptomycine et 2 gr. 50 de tétracycline, pendant un mois.

Ce traitement a été complété par une vaccinothérapie.

Il a été fait du vaccin par voie sous-cutanée, soit : successivement 1/4, 1/3, puis 1/2 cm^3 (en raison d'une comitialité ancienne qui nous a fait rejeter la voie veineuse). Le traitement anti-coagulant a été fait par du « tromexane ».

Le traitement de la phlébite brucellienne peut être envisagé sous deux aspects : le traitement de la phlébite elle-même qui est constitué surtout par les anti-coagulants, et le traitement de la brucellose.

Le traitement anti-brucellien constitue la thérapeutique étiologique de la phlébite, et à ce titre semble être le plus intéressant.

Nous avons l'habitude de le pratiquer de la façon suivante :

Pendant une durée de quatre à cinq semaines, nous prescrivons :

Streptomycine : 1 gr. par jour.

Tétracycline : 0 gr. 25 le premier jour - 0 gr. 50 le deuxième jour - 0 gr. 75 le troisième jour - 1 gr. le quatrième jour - 2 gr. le cinquième jour - et 2 gr. 5 à 3 gr. les jours suivants, pendant trois semaines ou un mois.

En général, sous l'influence de cette thérapeutique, la température augmente légèrement. Ensuite, du troisième au cinquième jour, habituellement, la défervescence se fait.

Lorsque le malade est apyretique depuis cinq à six jours, on fait la première injection de vaccin intraveineuse de 1/100e de cm^3, pour tâter la sensibilité, accompagnée d'une injection de désoxycorticosterone (10 milligrammes par voie intra-musculaire). — Trois ou quatre jours après la défervescence de l'accès fébrile qu'a déclanché cette thérapeutique, on pratique une deuxième injection de vaccin de 1/40 ou 1/20 de cm^3, selon la sensibilité du sujet. — Une troisième injection de 1/20 ou 1/10 suivra dans les mêmes conditions. Chaque injection doit être précédée d'un bilan général très complet (cœur, rein, etc.).

Nous nous abstenons d'utiliser le vaccin lorsque le sujet présente une contrindication du fait de son âge, de l'état de son myocarde, de ses reins ou de son parenchyme cérébral.

Le *pronostic* des phlébites brucelliennes est dans l'ensemble assez bon, au point de vue vital; cependant, sur dix cas, on a observé une évolution fatale. Dans ce cas, c'est une embolie pulmonaire qui fut responsable de l'exitus.

Le pronostic de la phlébite elle-même inspire quelques réserves. Nous avons vu la moitié des cas reccueillis guérir rapidement et complètement.

Cependant, des séquelles importantes ont subsisté à la suite des phlébites. Ces séquelles vont d'un simple œdème vepéral à des troubles trophiques variés (pigmentation, ulcère vari-

queux). Ces séquelles grèvent assez lourdement le pronostic de la phlébite brucellienne.

Par contre, la maladie brucellienne semble suivre son cours sans être très influencée par la complication phlébitique.

On peut penser que le pronostic des phlébites brucelliennes réside dans l'apparition éventuelle des complications emboliques. Des séquelles importantes sont possibles.

CONCLUSIONS

— La phlébite constitue une complication rare de la Brucellose.

— L'âge des malades semble avoir peu d'importance dans la fréquence de cette complication.

— Les hommes semblent être atteints un peu plus souvent que les femmes, mais le sexe masculin est sans doute aussi plus exposé à la Brucellose.

— La phlébite apparaît en moyenne un à deux mois après le début clinique de la maladie; cependant, il arrive qu'elle soit le premier signe d'une mélitococcie ignorée jusque-là.

— L'œdème est en général considérable. La douleur, au contraire, est peu importante.

— La phlébite dure en général un mois, avec, évidemment, de grandes variations.

— L'aspect évolutif semble polymorphe. La moitié des cas que nous avons recueillis ont guéri rapidement et sans séquelles. Si nous n'avons pas trouvé de rechute, nous avons, par contre, rencontré deux cas de phlébites à bascule.

— Des séquelles ont subsisté de façon assez fréquente; ce furent un œdème d'importance variable, quelques douleurs, ou encore des troubles trophiques cutanés.

— La complication majeure de la phlébite brucellienne est l'embolie, dont la fréquence n'est pas négligeable.

— Le diagnostic de la phlébite brucellienne pose un problème important, lorsque l'étiologie mélitococcique n'est pas connue. Ce sont alors les antécédents du malade, sa profession, une notion de contage, qui amènent à faire les examens de laboratoire propres à éclairer le diagnostic.

— Lorsqu'on rencontre une phlébite au cours d'une Brucellose, il semble permis de penser que celle-ci est vraiment d'étiologie brucellienne, car elle réagit à un traitement spécifiquement antibrucellien, comme la vaccinothérapie.

— Le Pronostic vital des phlébites brucelliennes est nuancé. En effet, sur dix Observations, il est survenu trois fois des embolies.

— La thérapeutique de la phlébite brucellienne se compose de deux éléments :

= le traitement spécifique de la Brucellose, qui agit non seulement sur la maladie causale, mais aussi sur l'élément phlébitique;

= la médication anti-coagulante.

Vu : *le Président du Jury de Thèse,*

Professeur GADRAT.

Vu : *le Doyen de la Faculté de Médecine de Toulouse.*

Vu : *M. le Recteur de l'Université de Toulouse.*

BIBLIOGRAPHIE

1 AGUSTINI (C.-B.), SANGIOVAUNI (R.-J.) et VIVOT. — « Les complications cardio-vasculaires de la Brucellose et la loi des accidents du travail », N° 9.688 - Pensa, Méd. Argent. 18 Mai 1955; **38,** N° 20, 1238-1240.

2 ALLENDE (M.-I.). — « Signification et portée des manifestations cardio-vasculaires des Brucelloses ». IV[e] Congrès Inter-Américain des Cardiopathies. - 21 Août-Sept. 1952, Buenos-Aires, Rev. Argent. Cardiol., Sept.-Oct. 1952, 19, N° 11, 324.

3 AUDIER. — « Diagnostic des Phlébites des membres ». Dorin, Paris.

4 BERTRAND (L.). — « Le Traitement actuel de la Brucellose humaine ». La Revue du Praticien, 21 Janvier, 1955, tome V, N° 3.

5 BOGLEY, HUELLER et WELLS. — « Mort par Embolie pulmonaire ». J. A. M. A., 1936, **107,** 11-25.

6 BRAUDE. — « Etudes sur la Pathologie et la Pathogénie de la Brucellose expérimentale : Comparaisons des rôles pathogènes de Br. abortus, Br. mélitensis et Br. suis chez le cobaye ». - J. Infect. Dis., 1951, **89,** 76.

7 CANTANI. — « Thromphlébite », Polyclinico, **21,** 741, 1914.

8 CARRERE et ROUX. — Annales Inst. Pasteur, 1954, **87,** pp. 220-223.

9 CASTANEDA (RUIZ M.). — « Sur la Chimio-thérapie de la Brucellose », Revue de Path. gén. et comparée, 1954, **54,** 890-891.

10 CROSNIER (R.), BESSEIGE (H.) et MEGHE (P.). — « Brucellose à forme hépatosplenomegalique », B. M. Soc. Méd. Hôp. de Paris, 19 Mai 1950, N° 17-18, 800-812.

11 DESBACH. — « Un cas de Phlébite dans la fièvre méditerranéenne ». La Tunisie Médicale, XXV[e], N° 9, Nov. 1931.

12 DURAND (P.) et RENOUX. — « Traitement de la Brucellose par l'association de cortisone et d'antibiotique ». Sem. des Hôp. de Paris, 1953, **29,** 2560-2561.

13 GIRAUD (G.), BERT (J.-M.) et VALLAT (C.). — « Cirrhose maligne mélitococcique ». Montpellier méd., Janv. 1945, 27-28, N° 1, 33-35.

14 GOUJON (H.). — « L'Auréomycine dans le traitement de la Brucellose humaine à Br. Mélitensis ». Thèse, Montpellier, 1951.

15 GRIGGS (J.-F.). — « Chronic brucellosis : Conclusions on traitement after ten years ». J. Of. Am. Med. Ass., 1948, **133**, 911-915.

16 HARRIS. — « Brucellosis (Undulent Fever) ». Paul B. Hœber Inc., New-York, 1950.

17 JAMBON (M.). — « Brucellose - Traitement ». Encyclopédie médico-chirurgicale, fascicule 8038 B. A., édition 1951.

18 JAMBON (M.). — Le Traitement général de la Brucellose depuis l'avènement des antibiotiques actifs ». Gazette des Hôpitaux, 1954, 126-138-143.

19 JAMBON (M.) et BERTRAND. — « L'Auréomycine et le Chloromycétine dans le traitement de la Brucellose humaine à Brucella Melitensis », Semaine des Hôpitaux de Paris, 1950, **26**, 3127-3131.

20 JAMBON, BERTRAND et SALVAING. — « Le Traitement de la Brucellose humaine à Brucella Melitensis par la terramycine ». Concours médical, 1951, **73**, 3494-3497, et Montpellier Médical, 1952, **41-42**, 288-291.

21 LEDOUX (E.). — « L'Endocardite mélitococcique », Arch. Mal. Cœur, 1940, **33**, 198-204.

22 LEIMANN (W.-N.). — « A propos de la modification de la fonction du système cardio-vasculaire chez les malades souffrant de la Brucellose ». Terapevtitcheskii, Archiv. 1953, **25**, N° 5, 40-47, 4 tableaux.

23 MALDONADO et ALLENDE. — « Il faut inclure la Brucellose dans la nomenclature des maladies cardio-vasculaires ». I^er^ Congrès International de Médecine Int., Paris, 1950.

24 MALDONADO et ALLENDE. — « Aspects cliniques de la Brucellose cardio-vasculaire ». Pressa Medica Argent., 3 Déc. 1948, **35**, N° 49, 2323-2331.

25 MASSELOT. — « Notes sur 80 cas de Fièvre de Malte observés à l'Hôpital Français ». — La Tunisie Médicale, XXV^e^, N° 9, Nov. 1931.

26 MALLET. — « Contribution à l'étude des formes inhabituelles des Brucelloses ». Thèse médecine, Paris, 1955, N° 937.

27 MARTINEZ, PENUELA (J.-M.), et IZQUIERDO (RUIZ J.-M.). — Cirrhose brucellosique », Rev. clin. espan., 15 Décembre 1958, **71**, N° 5, 332-336, 8 fig.

28 MILHES (Pierre). — « Contribution à l'étude des complications endocarditiques et artérielles au cours des Brucelloses ». - Thèse médecine, Toulouse, 1958).

29 MOLINELLI (E.-A.) et Coll. — « Quimiotérapia y antibioticoterapia de la Brucelosis humana ». Rev. Asoc. Med. Ary, 1951, **65,** 658-675.

30 OTCHKUR (P.-P.). — « Lésions hepatospleniques au cours de la Brucellose », Archives de Pathologie, Moscou, 1946, N° 12.

31 PANAYOTOPOULOS (E.), VALTIS (D.) et CONCOURIS (L.). — « Un cas de Fièvre de Malte avec atteintes phlébitiques multiples et cirrhose du foie ». B. M., Soc. Méd. Hôp., Paris, 1960, **76,** N° 30-31, 1230-1232.

32 RABSON. — « Granulomes de la veine splenique ». Anc. J., Clin. Path., 1939, **9,** 604.

33 RAUZIER (G.). — « La Presse médicale », 1911, **19,** 161-166.

34 RIMBAUD (L.), SERRE (H.), BOUCOMONT (J.) et SARRAN (R.). — Arch. Soc. Se. Méd. et Biol. de Montpellier, 1938-1939, 564-568.

35 ROGER (H.) et POURSINES (Y.). — Masson, édit., Paris, 1938. Un volume (p. 16).

36 ROGER et AUDIER. — « Phlébites mélitococciques », Gazette des Hôpitaux, 1935, **108,** 589.

37 RUGIERRO et SPEZZAFUMO. — « Un cas de phlébite double au cours de la fièvre méditerranéenne ». La Tunisie médicale, Déc. 1932.

38 SCHNEIDER (J.). — « Les Traitements des Brucelloses ». Bull. médical, 1950, **64,** 313-323.

39 SIGUIER (F.). — La Presse Médicale, 1954, **62,** 404-405.

40 STEPHAN (E.). — Quelques Troubles cardio-vasculaires rencontrés chez des sujets brucelliens ». Rev. Méd. Orient, Juillet-Septembre, 1949, N° 3, 387-388.

41 TAPIE, LAPORTE (J.) et RIBET (A.). — « Le Traitement de la « Fièvre de Malte », Gazette des Hôpitaux, Juin 1953, N° 18, 313-315.

42 TUSZKIE, WIEZ et SZEWCZYKOWSKI. — Presse Médicale, Août 1958, **66,** N° 59.

43 VAILHE (M.). — « Des Complications hépatiques de la Mélitococcie ». Thèse, Montpellier, 1939, N° 40, 87 pages.

44 WOHLWILL. — « Mort à la suite d'une Embolie pulmonaire au cours d'une Fièvre de Malte ». Wirchows, Arch. f. path. anat., **286,** 141, 1932.

Table des Matières

Pages

— *INTRODUCTION* 11

— CHAPITRE I[er]. — *Observations recueillies dans la Littérature* 15

— CHAPITRE II. — *Observation de Service de M. le Professeur GADRAT* 23

— CHAPITRE III. — *Symptomatologie de la Phlébite mélitococcique* 27

— CHAPITRE IV. — *Traitement et Pronostic* 37

— *CONCLUSIONS* 41

— *BIBLIOGRAPHIE* 43

IMPRIMERIE FORESTIÉ
23, Rue de la République
MONTAUBAN